Opłata pocztowa uiszczana ryczałtem

№ 6. Warszawa, Czerwiec 1927 r. Rok XXIII.

PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

DR. MED. K. SZOKALSKI.

Djagnostyka chorób wewnętrznych.

(dalszy ciąg)

Badanie słuchu, badanie ucha lusterkiem, objaw Barany'ego, Rime'a, Weber'a. Węch, smak (parageusia, parosmia). Mięśnie żucia (trismus). Ruchomość języka, podniebienia miękkiego (odruch). Mowa (anartja, afazja motoryjna i czuciowa. Głos — ruchomość strun głosowych.

Szyja (wole). Stan mięśni szyi i karku, sztywność karku, bolesność przy ucisku kręgów szyjowych.

Zaburzenia ruchowe. Ruchomość czynna we wszystkich stawach i we wszystkich kierunkach (parezy, porażenia). Koordynacja, ataksja, objaw Romberga, ataksja błędnikowa, ataksja móżdżkowa, asynergja, adiadococinesia, drżenie zamiarowe, katalepsja móżdżkowa.

Objawy motoryjne podrażnienia — drgawki, rzucawka, atetoza, epilepsja, drgawki toniczne i kloniczne, drżenie włókienkowe, tic'i, skurcze; drżenia (neurastenja, choroba Wilsona, zespół objawów Benedict'a, choroba Parkinson'a, tremor bulboprotuberantialis, sclérose en plagues, choroba Friedreich'a, choroba Basedow'a).

Ruchomość bierna — skurcze mięśniowe, kontraktury, zaburzenia kataleptyczne, zbiór objawów amyostatycznych.

Stan odżywiania mięśni i nerwów — zaniki mięśni, myopathia atrophica progressiva, zanik mięśniowy hemiplegików, zaniki pochodzenia rdzeniowego, neurytycznego (zatrucia), przerost mięśni, lipomatosis. Pobudliwość elektryczna mięśni i nerwów (prąd galwaniczny, faradyczny). Odczyn zwyrodnienia. Chód spastyczny, paretyczny, ataktyczny, astasia — abasia.

Zaburzenia czucia. Zaburzenia subjektywne czucia — dysestezje, acroparestezje, cryestezje, bóle, nauralgje, cephalalgia, migrena, bóle brzuszne, crises gastriques, bole strzelające.

Zaburzenia objektywne. Czucie — czucie powierzchowne, czucie bólowe, czucie cieplikowe, czucie głębokie (mięśniowe, uciskowe, kostne), czucie stereognostyczne, wzmocnione uczucie bólu, uczucie bólu spóźnione.

Wrażliwość mięśni na prąd elektryczny.

Badanie odruchów.

Odruchy skórna: podeszwowy Babińskiego, jądrowy (mosznowy), brzuszny, odruch obronny Babińskiego, odruch Oppenheima, Mendel-Bechterewa, Rossalimo.

Odruchy ścięgnowe (biceps, triceps, kolanowy, Achilles, fussklonus).

Objaw Kerniga. Objaw Brudzińskiego. Odruchy śluzówek: gardzielowy, nosowy, rogówki i łącznicy oka.

Zaburzenia naczyniowo-ruchowe skóry i troficzne: skurcz naczyń, rozkurcz naczyń, dermografja, obrzęk skóry, wybroczyny krwawe, pot, anhidrosis, łuszczenie nabłonka włosy, paznogcie, vitiligo, hyperpigmentatio, achromia, ichtyosis, eczema, herpes zoster etc.

Badania czynności nerwu błędnego i współczulnego.

NIEKTÓRE WAŻNIEJSZE DANE ANAMNESTYCZNE

Ból.

Dla różnorodnych rodzajów czucia w skórze istnieją specjalne drogi nerwowe i zakończenia nerwowe.

Rozróżniamy obok nerwów **bólowych,** które kończą się swobodnie w nabłonku, specjalne nerwy **dotykowe,** których końcowe organy tworzą sploty w pochewkach korzenia włosów i w ciałkach Meissnera: nerwy zimna z końcowemi kolbami Krauze'a i nerwy cieplikowe z ciałkami Ruffinie'go jako organami końcowemi.

Jeżeli tylko zakończenia nerwów bólowych w tkance ulegną uszkodzeniu, wówczas występuje rozlany na większą lub mniejszą odległość rozszerzający się zależnie od siły uszkodzenia ból tępy (tkankowy). Jeżeli proces choroby powstaje w samych nerwach, wynikiem jego jest ból gwałtowny promieniujący wzdłuż przebiegu całego nerwu o cechach bólu przerywanego (neuralgiczny lub neurytyczny).

Normalne procesy życiowe nie powodują przeważnie żadnych nadmiernych podrażnień; ból w tym wypadku może powstać tylko wówczas, gdy normalne procesy są uczulone przez zbyt wrażliwe nerwy.

Uczucie bólu pochodzi od podrażnienia nerwów czuciowych — pod wpływem uderzenia, procesu zapalnego etc. Jest to często zbawcze ostrzeżenie dane nam przez naturę.

Najczęściej świadomość bólu powstaje u chorego spontanicznie wybuchowo. Może on też być podświadomym, dającym się odczuć tylko wskutek sprowokowania go pewnemi ruchami lub obmacywaniem. Ból może być wywołany uciskiem na sam punkt bolesny; wówczas umiejscowienie procesu chorobowego da się często ściśle określić, lub też ból powstaje w pewnej odległości od uszkodzenia, (złamanie kości, neuralgja nerwu twarzowego w próchnicy zęba — caries). Zdarzają się chorzy, nie umiejący określić lokalizacji bólu, zwłaszcza t. zw. neurastenicy, skarżący się na bóle „wszędzie" lub w wielu częściach ciała.

Sam wygląd chorego nieraz przekonywa nas, że chory cierpi, zwłaszcza zmieniony wyraz twarzy, określona pozycja ciała.

Czasem ból bywa symulowany, czasem wyolbrzymiony (histerja).

Wrażliwość bywa zresztą bardzo różnorodna; jeden może przenieść bardzo ciężką operację bez poruszenia się, inny dostanie zapaści przy otwieraniu mu zwykłego czyraka.

Chwila, w której ból powstaje lub wzrasta, nieraz wyjaśnia jego pochodzenie: zaraz po jedzeniu — proces chorobowy w żołądku, w 1½—2 godziny po jedzeniu — przejście pokarmów z żołądka do kiszek, rano — migrena, w nocy — dna, przymiot.

Ból intensywny i gwałtowny zależy często od kolki wątrobnej lub nerkowej.

Ból może występować i w innych odmianach: być strzelającym, piorunującym jak błyskawica w uwiędzie rdzenia, przeszywającym jak uderzenie włóczni w początkach zastrzału (panaritium), pulsującym w okresie ropienia zastrzału, piekącym (zona), wywołującym uczucie łupania w kościach.

Ból zależnie od umiejscowienia bywa różnorodnie nazywany: cardialgja — ból żołądka, cephalalgja — ból głowy, mózgu, enteralgja - ból, kolki w kiszkach, hemicrania — ból połcwy głowy, mastodynia—ból sutek, splenalgia—ból śledziony etc.

Bóle głowy.

Bóle głowy mają zwykle charakter bólów stałych, lecz wzmagających się napadowo w okresach więcej lub mniej zbliżonych. Zajmują one więcej lub mniej rozległą przestrzeń czaszki i wzmagają się pod wpływem hałasów, światła, pewnych wysiłków, zmiany pozycji etc.

Chory przybiera pozycję nieruchomą, stara się ograniczyć wszelki ruch. U małych dzieci lub osobników w zapaści (coma) widzimy rękę chorego uniesioną ku głowie.

Ból miewa różnorodny charakter: uczcuie ciężaru, uderzeń gwałtownych, ucisku, pulsacji, palenia.

Poza charakterem bólu ważnem jest ustalenie umiejscowienia bólu, czasu powstania bólu i czasu jego trwania oraz zwrązku z innemi objawami (zawrót głowy, nudności, wymioty).

Rozpoznanie etjologiczne, łatwe w pewnych wypadkach, czasem przedstawia duże trudności.

Znajomość zawodu chorego może tu nam nieraz pomóc: wystąpienie bólu głowy u malarza pokojowego lub osobnika, pracującego w farbiarni przy mieszaniu barwików zawierających ołów, rodzi przypuszczenie zatrucia ołowiem. Poszukiwanie chorób poprzedzających ból głowy jest też koniecznem; jeżeli wiemy, że chory był zarażony przymiotem lub miewał napady dny, gdy wiemy, że chorował na cukrzycę lub proces nerkowy, doniosłość tych danych nie ulega wątpliwości.

Po zebraniu wywiadów co do przeszłości dziedzicznej i osobistej chorego, co do jego sposobu życia, koniecznem jest przystąpienie do badania umiejscowienia bólu głowy. Bezwątpienia badanie to nie dostarczy żadnej wskazówki w większości wypadków, lecz czasem bezpośrednio naprowadza na dobrą drogę; stwierdzenie wrażliwości na ucisk czepca ścięgnistego (aponeurosis epicranii) każe myśleć o reumatyźmie naczasznej (epicranii), jeżeli ból wystąpił u osobnika już przdtem cierpiącago na bóle stawowe lub mięśniowe i jeżeli skurcz mięśnia naczasznego (occipito-frontalis) wzmaga ból. Z drugiej strony badanie czaszki pozwala stwierdzić istnienie exostozy (wyrośli kostnej) lub jeszcze bardziej wgłębienia ograniczonego jako skutku załamania blaszki kostnej na jej powierzchni; bada się, czy nie istnieje ból od ucisku na ograniczonem miejscu.

Bóle głowy mogą pochodzić od ran postrzałowych głowy, od stanów zapalnych, ropnicy oczasznej (róża oczasznej, cechująca się zaczerwienieniem ściśle odgraniczonym, wrażliwością na ucisk, obrzmieniem gruczołów etc.).

Bóle głowy neuralgiczne odpowiadają przebiegowi nerwów ze specjalnemi punktami bólowemi (punkty uciskowe), neuralgje te zależą od nerwu trójdzielnego oraz nerwów potylicznych większego i mniejszego. Neuralgia supraorbitalis z punktem bolesnym odpowiadającym wyjściu n. supraorbitalis z foramen supraorbitale i neuralgja occipitalis z punktem bolesnym odpowiadającym środkowi linji łączącej wyrostek sutkowy z wyrostkiem ościstym siódmego kręgu szyjowego mogą mieć różnorodne pochodzenie. Neuralgja supraorbitalis może zależeć od procesów chorobowych w tkance kostnej otaczającej nerw nadoczodołowy, od miażdzycy vasa vasorum nerwów, od procesów chorobo-

wych jamy ustnej, oka, mózgu (guzy wszelkiego rodzaju, gruźlica, kilaki etc. na podstawie czaszki, meningitis, sclerosis multiplex, tabes etc.); po za miejscowemi przyczynami mogą tu działać przyczyny ogólne, zwłaszcza przebyte choroby infekcyjne (malarja, przymiot etc.), choroby przemiany materji, głównie dna i cukrzyca, zaparcie stolca, oziębienie.

Przy neuralgji szyjowo-potylicznej po za przyczynami ogólnemi, działają przyczyny miejscowe, szczególnie procesy chorobowe kręgosłupa, zwłaszcza kręgów szyjowych pierwszego i drugiego; przy pachymeningitis cervicalis hypertrophica luetica czasem po za bólami rąk występują bóle tylnej części głowy. Bóle głowy spowodowane procesami w tylnych jamach czaszkowych (móżdżek, rdzeń przedłużony) połączone bywają z promieniowaniem bólów potylicznych wzdłuż karku do łopatek i rąk; choroby kości klinowej oraz procesy w jamie śródpiersiowej tylnej, mogą wywoływać bóle głowy potyliczne.

Objawem bólu nerwu trójdzielnego dość często jest wzmożenie bólu głowy przy żuciu, mówieniu. Neuralgje nerwu trójdzielnego mogą być zależne od ucisku na podstawie czaszki w okolicy mostu (nowotwory etc.).

Bóle głowy zależne od procesów w zębach, od próchnicy zębów trzonowych umiejscawiają się zwykle w uchu lub pod uchem i promieniują do policzków; czasem chroniczne procesy w zębach, tonsilitis ropny doprowadzają do toksyczno-septycznych bólów głowy, stanów podgorączkowych, dreszczów, wymiotów etc,

Bóle kostne czaszki (dolores osteocopi) bywają przy przymiocie kości lub okostnej. Wyczuwanie kilaka ułatwia rozpoznanie; ważnym dowodem pochodzenia luetycznego są bóle głowy nocne, zwłaszcza o północy; należy jednak pamiętać, że bóle głowy mogą występować w nocy też przy guzach mózgu, tętniakach arteriae vertebralis aut basilaris, przy mocznicy, hypertonji tętnicznej, próchnicy zębów. jaskrze, cukrzycy, zimnicy podzwrotnikowej, histerji. Leczenie swoiste może ułatwić rozpoznanie. Dolores osteocopi mogą też występować przy hyperostozach, leontiasis ossea, ostitis fibrosa (cystica) Recklinghausen'a, ostitis deformans Paget'a, nowotworach (chloroma, carcinoma, sarcoma), myeloma, przy osteopatji głodowej Chełmońskiego (wrażliwość kostnej części czaszki na uderzenie), periostitis traumatica, periostitis et osteoperiostitis intracranialis traumatica, luetica).

Istnieje rodzaj bólu głowy mało zbadany jeszcze, dość częsty t. j. ból głowy mięśniowy lub łączno-tkankowy; cechą jego jest obecność guzowatości, które rozprzestrzeniają się na tkankach głowy i szyi, zwłaszcza mięśniach i które pochodzą od osobliwego procesu chorobowego zwanego zapaleniem tkanki łącznej (cellulitis). Masażyści szwedzcy pierwsi przed zgórą 40 laty stwierdzili ten proces. Bóle głowy tej kategorji stanowią cierpienie więcej przykre wskutek swej ciągłosci niż intensywności, lecz przeplatane bardzo bolesnemi paroksyzmami analogicznemi do paroksyzmów migreny klasycznej.

Guzowatości te, znajdujące się na głowie i szyi, są bardzo bolesne przy ucisku; wchłaniając zakończenia nerwowe, mogą one utrzymywać stan podrażnienia chronicznego z objawami bólów. Nizka temperatura może też wywoływać paroksyzmy bólów.

Co się tyczy przyczyny anatomicznej cellulitis, wchodzi tu w grę obrzęk lymfatyczny w tkance łącznej, stopniowo powodujący zgrubienie sklerotyczne; możliwem jest pochodzenie toksyczno-infekcyjne tego procesu.

Bóle głowy mogą być skutkiem podniesienia ciśnienia wewnątrz czaszkowego Wszelkie ograniczenia przestrzeni w jamie czaszkowej prowadzą do podniesienia ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Może ono zależeć od zmniejszenia objętości jamy czaszkowej wskutek zgrubienia kości czaszkowych, od nadmiernej ilości płynu mózgo-rdzeniowego (meningitis tuberculosa, meningitis serosa acuta et chronica), od wzgłębienia ciała obcego, guza, ropy, lub wylewu krwi. Przy nieznacznym ucisku żył może nastąpić wyrównanie (kompensacja) dzięki przyspieszeniu krwiobiegu. Jeżeli równowaga w krążeniu zostanie naruszoną, występują pierwsze objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego,

a więc ból głowy, do którego następnie przyłączają się niepokój, zawrót głowy, wymioty i wreszcie utrata przytomności. Często można obserwować tarczę zastoinową. Źrenice są zwężone, następnie więcej lub mniej rozszerzone. Bardzo ważnym objawem jest zwolnienie pulsu; staje się on twardym i pełnym. Przy dalszym podniesieniu się ciśnienia wewnątrzczaszkowego puls przyspiesza się, staje się małym i nieprawidłowym, oddech, z początku zwolniony, staje się częstym. Oprócz tych ogólnych objawów występują miejscowe: zgrzytanie zębami, drgawki twarzy i kończyn na przeciwnej połowie ciała, skurcze mięśniowe, wreszcie paraliż.

Objawy ucisku wewnątrzczaszkowego mogą też wskazywać na nowotwór; jego rozpoznanie jest łatwiajszem, gdyż ból głowy nigdy nie jest jedynym objawem guza mózgowia; wkrótce do objawów bólu głowy przyłączają się inne objawy — zawroty głowy, wymioty, zaburzenia psychiczne, paraliże oczne etc., cechuje je zresztą trwałość, nieustanność, odporność względem wszelkiego leczenia, intensywność bólu, egzacerbacje nocne; gdy rozpoznanie to wykluczymy na podstawie cech bólu głowy i objawów współtowarzyszących, należy myśleć o przymiocie, zwłaszcza, jeżeli wykluczonym jest uderzenie w głowę. Bóle głowy w wiądzie rdzenia odróżniają się łatwo na podstawie współistnienia innych objawów wiądu.

Wracając do opisów bólów głowy na tle zapalenia opon mózgowych pochodzenia gruźlicznego, zaznaczę, że czasem ból głowy stanowi objaw wyprzedzający na długi okres objawy inne; odporność na leczenie, objawy współtowarzyszące (zmiana usposo sobienia, wychudnięcie, czasem objawy wysłuchowe w płucach, wymioty o charakterze specjalnym).

Przy meningitis cerebro-spinalis epidemica nawrót intensywnych bólów głowy wskazuje na hydrocephalus lub meningitis chronica serosa post meningitidem acutam epidemicam. Rozpoznanie tego cierpienia w początkowych jego sladjach nastręcza czasem duże trudności. W jednym z obserwowanych przezemnie przypadków, drętwica karku (opistothonus) i objaw Kernig'a, wystąpiły dopiero w późniejszym okresie choroby (na autopsji stwierdzono meningitis basilaris), natomiast choroba zaczęła się od intensywnego bólu głowy i bólów w goleniach; leukocytoza we krwi, wzmożone ciśnienie płynu mózgo-rdzeniowego, wreszcie meningokoki wewnątrzkomórkowe w płynie mózgo-rdzeniowym wyjaśniły sprawę.

Pachymeningitis interna haemorrhagica u osobników marantycznych, w nephrosclerosis, w opilstwie, u starych ludzi bywa stosunkowo dość częstym procesem trudnym do rozpoznania. Chory skarży się na bóle głowy, czasem połączone z wymiotami, utratą przytomności, niekiedy też porażeniem niektórych nerwów mózgowych, nierównością źrenic, przejściowemi zaburzeniami mowy, stanem bezgorączkowym; przy parezie cerebralnej lub niedowładzie kończyn zwraca uwagę słabość lub porażenie mięśni oddechowych strony przeciwnej; chory oddycha lepiej po tej stronie, po której kończyny wykazują hemiparezę lub hemiplegję.

Większą intensywność niż przy pachymeningitis wykazują bóle głowy przy wszelkich postaciach leptomeningitis; chorzy, gdy utracą przytomność, obejmują rękami głowę, co świadczy o intensywności bólu głowy.

Niektóre procesy w nosie (rhinitis hypertrophica, sinusitis, polipy etc.) mogą powodować bóle głowy. Hack w 1882, 1884 i 1885 r. ogłosił 30 obserwacji bólów głowy wyleczonych przypaleniem małżowin nosowych.

Przy badaniu nosa należy zwracać uwagę na zatoki czołowe i na procesy ropne w kości sitowej, które też mogą wywoływać bóle głowy.

Bóle głowy czasem bywają skutkiem chronicznych ropień w uszach; mogą one łączyć się z zawrotem głowy, drżeniem gałki ocznej, objawami przypuszczalnego podra-

żnienia opon. Jeżeli u osobnika dotychczas zdrowego powstanie nagle bardzo uporczywy ból głowy z przewagą bólu po jednej stronie, należy myśleć o usznym punkcie wyjścia bólu i doszukiwać się, czy nie istnieją dane co do zapalenia ucha: wprowadzenie obcego ciała do kanału słuchowego, katar nosa lub gardła, stosowanie kąpieli nosowych etc

Przy phlebitis et thromhosis zatok mózgu, chorzy skarżą się na bóle głowy; czasem w tych wypadkach obraz chorobowy przypomina zapalenie opon mózgowych. Obrzęk w określonych miejscach zewnętrznej części czaszki (przy thrombosis sinus longitudinalis— obrzmienie żył sklepienia czaszki, przy thrombosis sinus cavernosi — obrzęk powiek ocznych ev. protrusio bulbi, przy thrombosis sinus sigmoidei—obrzęk na wyrostku sutkowym). Momenty etjologiczne: choroby infekcyjne nosa, uszów, jam dodatkowych (zatoki czołowej, szczękowej etc.), róża czaszki, thrombosis marantica, anaemica).

Przekrwienie bierne czaszki powodować może bóle i zawroty głowy przy wybitnym zastoju żylnym, np. ucisku żylnym na szyi wskutek nowotworu gruczołów, struma, po za tem wskutek niedomogi prawej komory, przy wybitnej sinicy zastoinowej mózgu, przy względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej i co zatem idzie zaburzeniu krwiobiegu w vena cava superior, ucisku spowodowanym nowotworem śródpiersia, zrostach przy mediastinitis chronica lub wskutek thrombozy żylnej respective przedsionka prawego. Prześwietlenie promieniami Roentgena może okazać się pomocnem dla postawienia rozpoznania.

Przekrwienie mózgu czynne powodujące bóle głowy (po za naczynioruchowemi bólami głowy) bywa tylko przy policythaemia rubra, hyperglobulia vel erythraemia (choroba Vaquez'a). W chorobie tej cechującej się samoistną nadprodukcją czerwonych ciałek krwi na tle hyperplazji szpiku kostnego bywają czasem bardzo silne bóle głowy zbliżone do bólów migrenowych; ucisk głowy, migotanie przed oczami, dzwonienie w uszach, zawroty, bezsenność, nadmierna pobudliwość, stanowią głównie skargi chorego; wypuszczenie krwi czasem chwilowo usuwa te bóle; analogiczne wyniki ustąpienia bólu głowy obserwujemy u osobników cierpiących na hemoroidy po krwawieniu hemoroidalnym.

Bóle głowy na tle niedokrwistości, rzadko mają charakter bólów intensywnych, raczej ucisku tępego głowy i łączą się z zawrotem głowy, napadami utraty przytomności, dzwonieniem w uszach, uczuciem nudności, chęcią wymiotowania; często bóle te słabną po nałożeniu choremu na głowę kompresu ciepłego i trzymaniu go w pozycji leżącej.

Bóle te u kobiet anemicznych często występują podczas menstruacji. Połączone z objawami mózgowemi powstają przy ciężkiej blednicy (chlorosis) i ciężkiej anemji wtórnej wskutek zakrzepu zatoki mózgowej. Bóle anemiczne głowy połączone z zawrotami bywają przy wybitnem zwężeniu przy ujściu tętnicy bezimiennej lub szyjnej wskutek miażdżycy tętnicy głównej lub arteritis luetica, zakrzepu, ucisku etc.

Przy niedomykalności zastawek tętnicy głównej wskutek nagłych przypływów i odpływów krwi chorzy skarżą się na bóle głowy podobne do neurastenicznych, pendant do podobnych bólów „pukających” przy epigastralgjach na tle wyżej wymienionej niedomogi serca.

Często bóle głowy towarzyszą zaburzeniom trawienia, zaparciu, przekrwieniu wątroby, kamicy żółciowej etc.

Zaparcie chroniczne może prowadzić do ucisku głowy, do bólów neuralgicznych w okolicy nerwu trójdzielnego lub potylicznego. Przy t. zw. dyspepsia flatulenta intestinalis jako skutku kataru chronicznego kiszek bywają zawroty głowy i bóle tylnej części głowy. Rozpoznanie można postawić ex iuvantihus. Przy braku kwasu solnego w żołądku, bywają bóle głowy, ustępujące po przyjęciu posiłku.

Często bólom głowy towarzyszą zaburzenia trawienia, zaparcie, przekrwienie wątroby, kamica żółciowa etc.

Bóle głowy występują też przy zastoju żylnym, przy niewyrównanych wadach zastawkowych lub daleko posuniętej rozedmie płuc; bóle te znikają po ustąpieniu zastoju.

Przy poszukiwaniu przyczyn bólu głowy należy brać też pod uwagę blednicę, miażdżyce tętnic, cukrzycę, choroby nerek, obrzęk śluzowy, przymiot, hysterję i neurastenję.

U dziewcząt w czasie dojrzewania płciowego bóle głowy prawie wyłącznie bywają na tle blednicy, o ile niema podłoża histerycznego.

Nie należy zaniedbywać badania narządu krążenia krwi, zwłaszcza u chorych w wieku podeszłym; u starców, którzy skarżą się na nieustające bóle głowy, osłabienie pamięci, cierpienia kończyn, należy myśleć przedewszystkiem o miażdżycy tętnic i badać stan naczyń obwodowych, mierząc ciśnienie krwi tętniczej. Nadmierne ciśnienie krwi i t. p. przy miażdżycy tętnic, zatruciu nikotyną, chronicznem zapaleniu nerek, w wielu odmianach tętniaków, powoduje bóle głowy. Bóle głowy związane ze wzmożonem ciśnieniem krwi stają się uporczywsze przy pochylaniu głowy, przy kaszlu, w pozycji poziomej (leżenie w łóżku). Wzmożone ciśnienie krwi wywołujące uporczywe bóle głowy bywa przy nowotworach, ropniach i stanach zapalnych wewnątrz czaszki (encephalitis, meningitis). Bóle głowy przy zwykłem zapaleniu opon mózgowych są umiejscowione przeważnie w całej czaszce; przy podniesionym ciśnieniu wewnątrzczaszkowym może ból głowy silniej występować w tylnej części głowy w połączeniu ze sztywnością karku (opistothonus).

Badania moczu wykrywa podłoże cukrzycowe lub nerkowe pewnych bólów głowy.

Chorzy na cukrzycę cierpią nieraz na bóle głowy, bóle przedniej części lub wewnątrz czaszki, bóle neuralgiczne, dość często nocne, związane z kwasicą; tę ostatnią cechują też napady utraty przytomności, epigastralgja diabetica, meteorismus, pogłębiony oddech zwolniony, hypotonja gałek ocznych; analiza moczu rozstrzyga, czy mamy do czynienia z kwaśną intoksykacją organizmu (aceton, kwas aceto-octowy, kwas oksymasłowy, białko w moczu, wałeczki Kültz'a). Przyczyną bólów głowy u diabetyków może też być pachymeningitis haemorrhagica interna lub meningitis (tuberculosa etc.).

Należy zawsze brać pod uwagę możliwość choroby nerek u osobnika skarżącego się na stałe bóle głowy połączone z zaburzeniami przewodu pokarmowego, nocnemi atakami duszniсowemi, wielomoczem, drgawkami etc.

Przy chorobach nerek bóle głowy moga występować przy rzekomej mocznicy (chloremia) połączonej z zawrotami głowy, amaurozą przejściową, afazją, oddechem Cheyne-Stokes'a, drgawkami, zaburzeniami psychicznemi, wzmożonem ciśnieniem płynu mózgo-rdzeniowego na tle obrzęku mózgu (nephrosae) lub przy miażdżycy naczyń mózgu lub też jako jeden z objawów azotemji. Istotne bóle głowy uremiczne umiejscawiają się w tylnej części głowy; często występują w rannych godzinach; połączone z wymiotami mogą symulować bóle głowy migrenowe; w razie istnienia wzmożonego ciśnienia, myosis epistaxis, zaburzeń słuchowych, drgawek, swędzenia skóry, cryestezji, wylewów krwawych do siatkówki, zaburzeń oddechowych, nieżytu oskrzeli, napadów ostrego obrzęku płuc, zaburzeń nerwowych i biegunki a nadewszystko na podstawie badania krwi i moczu rozpoznanie może być dokonane. Chorzy z objawami mocznicy są narażeni na pęknięcie naczyń, wylewy krwi do mózgu, siatkówki, nosa. Wreszcie często słabnie serce i występuje asystola ze wszelkiemi jej konsekwencjami.

U cierpiących na dnę bóle głowy mogą symulować charakter napadów typowej migreny lub przeciwnie, przebiegać bez wymiotów, zaburzań ocznych; podobne bóle głowy mogą trwać miesiące, by przejść następnie w charakterystyczne napady dny stawowej lub trzewiowej. Jeżeli chory poprzednio nie miewał ataków dny, stwierdzenie nadmiernej ilości kwasu moczowego w moczu pozwoli ustalić rozpoznanie.

Bóle głowy stałe są jednym z objawów zwykłych obrzęku śluzowego (myxoedema) i znikają pod wpływem leczenia wyciągiem tarczycy.

Kiła powinna być poszukiwana zawsze z największym staraniem; już była wzmianka o bólach głowy na tle kiły trzeciorzędowej; w drugorzędowej rozpoznanie jest trud-

niejsze; w wypadkach w których wywiady są utrudnione, należy zwracać uwagę na objawy, wyjaśniające istnienie przymiotu, a więc wyłysienie, powiększenie gruczołów szyjcowych, corona veneris, kiłaki barwikowe na szyi etc. W wypadkach niejasnych rozstrzyga odczyn Wassermana.

Pewne lekarstwa przepisywane w dużych dawkach lub zbyt długo mogą wywoływać bóle głowy; do nich należy jod, makowiec i jego pochodne, salicylan sodu. Bóle głowy pochodzące od używania chiny bywają połączone z szumem w uszach i utratą słuchu; teobromina wywołuje bardzo uporczywe bóle „en casque", trynitryna — bóle głowy pulsujące etc.

Bóle głowy po chorobach gorączkowych są objawem wiel.. chorób infekcyjnych i są zwykle skutkiem infekcji związanej z podniesieniem temperatury, zatruciem i zaburzeniami naczyniowemi. Często ból głowy dominuje nad innemi objawami np. w durze brzusznym; silne bóle głowy w chorobach gorączkowych nieraz wzbudzają podejrzenia powikłania ze strony opon mózgowych (tyfus brzuszny, zapalenie płuc zwłaszcza u dzieci influenza). Ból głowy w następstwie szkarlatyny powinien nasuwać podejrzenia co do powikłania nerkowego. W krajach malarycznych ból głowy może być jednym z nielicznych objawów malarji utajonej.

Przy gruźlicy płuc występowanie uporczywych bólów głowy świadczy najczęściej o komplikacjach mózgowych, nerkowych lub sercowych; lecz i w początkowych okresach choroby zadziałanie toksyczne może powodować bóle głowy, zawroty głowy, mdłości, objawy występujące też przy błednicy.

Bóle głowy związane z zaburzeniami organów zmysłów powinny być starannie badane, gdyż ich przyczyna często jest trudna do określenia. Iritis, glaucoma, zaburzenia refrakcji: astygmatyzm, hypermetropja, które doprowadzają do szybkiego osłabienia akkomodacji, niedostateczność mięśni prostych wewnętrznych u krótkowidzów powodują bole głowy przeważnie ograniczające się do okolicy oczodołowej.

Tępy stłumiony ból głowy bywa przy ogólnem wyczerpaniu, głodzie, nadmiernym wysiłku duchowym. Bóle te bywają dwustronne, przeważnie umiejscowione w czołowej lub skroniowej części głowy; często towarzyszą one neurastenji.

Należy brać pod uwagę występowanie bólów głowy jako objawów nerwic czynnościowych, histerji lub neurastenji; charakter specjalny bólów (gwóźdź histeryczny, czapka neurasteniczna), kierują rozpoznanie na odpowiednią drogę. Ból głowy pozwala czasem podejrzewać epilepsję w początkowym stadjum u młodych osobników, którzy doznają przy przebudzeniu gwałtownego bólu głowy, koincydującego z pewnym zaburzeniem psychicznym, incontinentia urinae etc.

Bóle głowy bywają dość często współtowarzyszem wielu psychoz-depresyjnych, dementia praecol i paralysis progressiva. Neurastenik skarży się na ucisk głowy, wzmagający się pod wpływem podrażnienia lub zmęczenia, najczęściej występujący rano, by przycichnąć ku wieczorowi. Inaczej bywa u paralityka postępowego; tu na plan pierwszy występują utrata pamięci, zmiana charakteru, mogą jednak objawy te łączyć się z bardzo silnemi bólami głowy, z bezsennością. Nierówność źrenic, brak odruchu na światło i ból, osłabienie odruchów kolanowych, drżenie powiek, anomalje mowy, zacinanie się (ataxia litteralis), zmiana charakteru pisma, pozytywny wynik odczynów płynów mózgo-rdzeniowych (Nonne-Apelt, Wasserman i pleocytoza) wykluczają podłoże neurasteniczne.

Istnieją też bóle głowy, których nie można podporządkować żadnej określonej jednostce chorobowej, lecz które występują wskutek wadliwej hygjeny; np. ból głowy zależny od przepracowania umysłowego, od życia siedzącego, od nadużyć płciowych, od nadmiernego odżywiania się i zwłaszcza nadmiaru pokarmów azotowych; od przemęczenia fizycznego (nadmiar sportów, wycieczek w górach), co jest przyczyną autointoksykacji.

Migrena zwykła odróżnia się ściśle od innych bólów głowy na podstawie objawów i jej pochodzenia.

Wymioty, zaburzenia wzrokowe są najcharakterystyczniejszemi objawami. pozatem towarzyszą migrenie różnorodne zaburzenia naczynioruchowe; wreszcie okresowość wyjaśnia podłoże tego procesu.

Usposobienie dziedziczne jest jednym z głównych czynników migreny: dziedziczność jest często bezpośrednia, innym razem pośrednia, t. j. np. ojciec artretyk może mieć syna cierpiącego na migrenę.

Dna i migrena są to siostry, powiada Trousseau, dla którego migrena jest utajoną formą dny.

Migrena w sumie jest jednym z objawów neuro-artretyzmu; obserwowana bywa głównie u ludzi z siedzącym trybem życia, u pracowników umysłowych; koincyduje lub przeplata się z epistaxis, astmą, dną etc., lecz jest ona też jednym z objawów nerwic dziedzicznych, których związek z artretyzmem jest dzisiaj dobrze poznany: bywa przy epilepsji, histerji, rzucawce.

Częstość, prawie stały objaw dyspepsji u chorych na migrenę, każe nam wierzyć, że pierwszą przyczyną migreny jest autointoksykacja pokarmowa, rozciągająca się na system nerwowy u osobników z usposobieniem nerwowym. Niektórzy autorzy dużą rolę migreny przypisują tachyphagji. Inni odróżniają migrenę tarczycową poddającą się leczeniu wyciągami tarczycy.

Obecnie przyczynę migreny upatrują w zaburzeniu czynności wątroby (zwłaszcza czynności proteopektycznej), stąd niedostateczna asymilacja pewnych pokarmów białkowych, co powoduje utratę równowagi fizyko-chemicznej we krwi. Zaburzenie to powoduje skurcz naczyniowy ośrodka nerwowego migrenowego znajdującego się na poziomie dna czwartej komory. Sprzyja on też powstawaniu napadu anafilaktycznego. Podrażnienie systemu współczulnego przez te czynniki humoralne wpływa na czynności gruczołów dokrewnych.

Niedomoga wątroby w jej roli regulowania alkaliczności jest jakoby przyczyną. powstawania różnorodnych odmian migreny: anafilaktycznej, współczulnej, dokrewnej, kwasomoczowej, dyspeptycznej.

Dla odróżnienia organicznych bólów głowy od czynnościowych mają decydujące znaczenie wyniki badań roentgenologicznych.

Dane występujace przy badaniu rentgenologicznem dadzą się zgrupować w sposób następujący:

1) Nowotwory mózgu i inne procesy wzmagające ciśnienie wewnątrzczaszkowe w szczególności Hydrocephalus i Craniostenosis wskutek przedwczesnego zrostu kości Widzimy w obrazie roentgenologicznym w tych procesach zmiany kształtu i wielkości kopuły czaszkowej, ścieńczenie ścianki czaszkowej, wyraźniej zarysowane wgłębienia palcowe (impressiones digitatae), rozejście się lub brak szwów, usurae sellae turcicae, rozszerzenie kanałów nerwów i naczyń podstawy czaszki, zwłaszcza kanałów nerwu ocznego i wewnętrznych dróg słuchowych, miejscowe lub ogólne rozszerzenie rowków, przez które przechodzą naczynia.

2) Zmiany kiłowe kości czaszki w formie osteoporosy lokalnej lub ogólnej w formie rozjaśniających ognisk kiłakowych lub w formie hyperostozy ograniczonej względnie rozlanej lub osteosklerozy.

3) Uszkodzenie urazowe, zwłaszcza szczeliny ściany czaszkowej, strzaskanie kości i ogniska zwapnienia wewnątrz czaszki.

4) Procesy w zatokach, ropnie chroniczne, nowotwory w jamach okolonosowych, ostitis deformans Paget'a i ostitis fibrosa Recklinghausen'a.

DR. MED. KAZ. DĄBROWSKI.

O leczeniu suchot płucnych.

IV.

Wskazaniem do założenia może być również krwotok płucny, o ile jesteśmy pewni z którego płuca pochodzi, stwierdzenie czego, nie jest zresztą rzeczą łatwą.

Przeciwskazaniami do założenia odmy są: ciężka gruźlica krtani, jelit i nerek.

Odma sztuczna nie jest zabiegiem zupełnie obojętnym i bezpiecznym. Czasem zdarzają się zatory powietrzne (nieraz śmiertelne), gdy igła wejdzie do żyły i powietrze zostanie wessane. Niekiedy znów żyła przebiegająca w pękniętym zroście, może wessać powietrze, zapełniające jamę opłucnową.

Czystem powikłaniem odmy szt. są wysięki opłucne surowicze a czasami i ropne, trwające kilka tygodni a nawet miesięcy, trzymające pacjenta w łóżku. Częstość wysięków tłumaczą drażnieniem opłucnej przez gaz. Podawanie wewnętrznie i dożylnie chlorku wapnia zapobiega częściowo powstawaniu wysięków.

Innem powikłaniem jest odma podskórna, gdy gaz podczas ataku kaszlu wydostanie się kanałem wkłucia pod skórę.

Odmę sztuczną należy uważać za metodę leczenia suchot najbardziej skuteczną, ratującą życie nawet w tych wypadkach, w których od leczenia dietetyczno-klimatycznego nie można się niczego spodziewać. Odma szt. jest do dziś jedynym ratunkiem w gruźlicy rozpadowej płuc u dzieci. Zaletą odmy sztucznej jest i to, że po kilku tygodniach od chwili założenia odmy pacjent może przebywać w miejscu swego stałego zamieszkania i oddawać się swej pracy zawodowej (o ile nie jest tylko zbyt ciężka). Wiele osób z inteligencji pracuje zawodowo, udając się tylko co kilka tygodni do specjalisty, który dopełnia odmę.

Nie chcę z braku miejsca cytować statystyk, wskazujących na doskonałe rezultaty, otrzymane przy stosowaniu odmy sztucznej. Podam tylko dla przykładu statystykę znakomitego phtizjologa polskiego d-ra K. Dłuskiego. Na 44 chorych, którzy po ukończeniu leczenia odmą sztuczną opuścili zakład **z dużą i względną poprawą**, zebrano wiadomości o 33. Każdy z 44 pacjentów, o ile by mu nie założono odmy sztucznej, mógłby żyć **około 3 miesięcy.** Z 33, o których są wiadomości, zmarło **20** jednak przedłużenie życia u tych chorych wynosiło średnio 3 lata (1 żył 10 lat). Reszta, t. zn. 11, żyje. Z tych 2 żyje 10 i 10 i pół lat i 2—5 i 5 pół lat, reszta średnio 7 lat i 2 mies. Cyfry te mówią same za siebie.

Gdy wskutek zrostów opłucnowych założenie odmy jest niemożliwe, dostają się chirurdzy do jamy opłucnowej i oświetlając ją endoskopem, przecinają zrosty pętlą galwanokaustyczną. Inni oddzieliwszy zrosty zapełniają j. opł. tłuszczem lub parafiną i w ten sposób unikają i unieruchamiają płuco. Zabiegi te są naturalnie ciężkie i niebezpieczne.

Przy silnych zrostach opłucnowych stosowany jest zabieg chir. (torakoplastyka), polegający na wycięciu części lub wszystkich żeber na ograniczonej lub całej ich długości. Po zagojeniu rany płuco jest unieruchomione i zapada się.

Technikę torakoplastyki opracował Sanerbruch, który miał 40 proc. wybitnej poprawy a 35 proc. wyzdrowień. W Polsce dobre rezultaty po torakopl. miała klinika chirurgiczna krakowska.

Jeszcze jeden sposób unieruchomienia chorego płuca polega na przecięciu nerwu przeponowego. Przepona gra w akcie oddychania wybitną rolę. Po przecięciu n. przeponowego wiotczeje i ciśnieniem, panującem w jamie brzusznej, zostaje uniesiona ku górze, uciskając tem samem chore płuco i zmniejszając jego czynność. Przekonano się jednak, że samo przecięcie nie wystarcza, przecięty bowiem nerw przeponowy zostaje zastąpiony przez nerw przeponowy dodatkowy. Dlatego też zaproponowano prócz przecięcia n. przeponowego — wyrwanie jego cząści obwodowej. Zabieg ten nie przedstawia niebezpieczeństw, a w wielu wypadkach okazał się rzeczywiście skutecznym. Prócz gruźlicy płuc ma zastosowanie także w rozedmie płuc.

IV.

W części I zaznaczono, że prócz powietrza światło słoneczne gra niezmiernie ważną rolę w leczeniu suchot. Nie znaczy to jednak, by każdy gruźlik brał kilkugodzinne kąpiele słoneczne, jak to się niestety czasami zdarza. Ogólnie można powiedzieć, że o ile stwierdzi się u chorego zmiany wilgotne w płucach (rzężenia), zabrania się kąpieli słonecznych i zaleca leżenie w cieniu a nie na słońcu. Kąpiele słoneczne powodują u tych chorych podniesienie temperatury, zaostrzenie sprawy chorobowej i krwioplucia.

Jedynie chorzy bez zmian wilgotnych, dobrze odżywieni, nie gorączkujący, mogą używać krótkich kąpieli słonecznych, zaczynając od kilku minut i osłaniając na pierwszych seansach stopy, podudzia, uda, stopniowo dochodząc do odsłonięcia całego ciała. Zawsze jednak bacznie trzeba zważać na ciepłotę, tętno i samopoczucie chorego. Po kąpieli słonecznej należy wytrzeć ciało wilgotnym ręcznikiem, osuszyć i godzinę leżeć.

To samo mniej więcej stosuje się i do naświetlań lampą kwarcową, które mają duże znaczenia jedynie w leczeniu gruźlicy gruczołowej i gruźlicy włóknistej płuc.

Do terapji gruźlicy zastosowano również promienie Roentgena, któ re odpowiednio dawkowane pobudzsją granulacje gruźlicze do bliznowacenia i wapnienia. Promienie R. stosować można jedynie w formie wytwórczej gruźlicy płuc, tzn wtedy, gdy gruczołki mają większą tendencję do bliznowacenia niż do rozpadu. Konieczną jest kilkutygodniowa obserwacja przed zaczęciem naświetlań. Naświetlania stosuje się co tydzień przez szereg miesięcy. Po naświetlaniach można zauważyć objektywną i subjektywną poprawę.

Równocześnie z naświetlaniami należy przeprowadzać leczenie klimatyczne.

Świetne rezultaty lecznicze zdobyły promienie R. w gruźlicy krtani.

Resumé:

1) Gruźlica jest chorobą uleczalną, a leczyć ją można przy odpowiedniej opiece i warunkach prawie wszędzie.

2) Znakomitą metodę leczniczą prócz kuracji dietetyczno-klimatycznej jest odma sztuczna. Dzielną metodą pomocniczą może być leczenie tuberkuliną, preparatami zioła, wapnia i krzemu.

3) Felczerzy mają bardzo wdzięczne pole do działania na terenie zwalczania gruźlicy, uświadamiając ludność, czem jest gruźlica, jak się jej strzec, jak ją zwalczać, jak niedopuścić do szerzenia się. Wyczerpujące wskazówki, jak w zwykłych nawet warunkach odosobnić chorego, niszczyć materjał zakaźny, urządzić choremu leżalnie, stworzyć minjaturę sanatoryjnego leczenia — to ogromnej wagi czyn społeczny, jaki przy dobrej woli można spełnić zawsze i wszędzie. Felczerzy mogą dużo dobrego zdziałać, zwalczając bierność naszej ludności, nie wierzącej w uleczalność gruźlicy, mogą wiele osiągnąć stosując choćby leczenie w dozwolonym im zakresie, gdy nie mogą stosować tuberkuliny zioła i odmy, które to metody wymagają rzeczywiście fachowego wyszkolenia.

Praktyczny sposób unikania tracheotomji lub intubacji.

Wiadomem jest. że wielką zasługę dla ludności poniósł Bretoneau, który pierwszy zastosował tracheotomję w r. 1825.—

Pomimo jednak ogromnej zalety tej operacji uważano, że jeszcze większą zasługę dla ludzkości będzie wynalezienie sposobu unikania tego krwawego zabiegu. I rzeczywiście: w 20 lat potem Bouchut z wielkiem powodzeniem zaczął stosować intubację. A Schlossman, na podstawie zebranego

materjału doszedł do przekonania, że tracheotomja podczas dyfteryjnej stenozy dróg oddechowych daje w wielu wypadkach niepożądane skutki i to właśnie skłoniło go do szukania innych środków zaradczych.

Gdy do jego kliniki skierowane zostaje dziecko z objawami dyfteryjnej stenozy i sinicy (cianosis), to przedewszystkiem dziecko dostaje zastrzyk odpowiedniej dawki surowicy, a następnie środki uspakajające.

Schlossman w podobnych przypadkach stosuje narkofinę, — inni zaś są zwolennikami luminalu i luminal—natrium'u a niekiedy nawet chloralhydratu per rectum. Następnie okłada się dziecko butelkami, napełnionemi gorącą wodą, szczelnie się owija w kołdrę i wynosi się na powietrze, lub przy otwartem oknie.*) W takim stanie dziecko pozostaje 12 — 24 godzin. Wyniki prawie zawsze były dodatnie. Autor kategorycznie radzi unikać inhalacji, gdyż one tylko podrażniają śluzówkę. Powyższą metodę stosowałem w wielu przypadkach stenozy, nie tylko na tle dyfterji, lecz również przy laringitis stridula, laringitis membranacea i t. d.

W roku 1924 poraz pierwszy zastosowałem tą metodę w przypadku b. ciężkim. W nocy wezwany byłem do chorego dziecka i według określenia rodziców „dziecko zatkało w gardle i dusi się." Natychmiast udałem się do pacjenta i stwierdziłem: nalot błonniczy na migdałkach, zaczerwienienie i nieduży obrzęk śluzówki w gardle i na miękkiem podniebieniu, brzegi muszli nosowych nieco zaczerwienione i wyciek śluzowy z nosa.

Dziecko bardzo niespokojne, rzuca rączkami i chwyta się za usta i gardło. Wdech silnie utrudniony, przyczem epigastrium daje silne wklęśnięcie, wszystkie mięśnie boczne i przednie na szyi są natężone, wargi i kończyny nieco sinawe, gałki oczne nieco przekrwione. Słowem, typowy obraz duszenia się i cianozy. Surowica zastosowana była jeszcze w dzień. Chirurga, któryby dziecko operował u nas niema, o intubacji nie mogło być mowy, gdyż żaden z miejscowych lekarzy tego zabiegu nie stosował, więc nie pozostało mi nic innego, jak zastosować metodę Schlossmana. Obłożyłem dziecko gorącemi butelkami, uprzednio owiniętemi w serwetki, aby nie poparzyć ciała następnie owinąłem dziecko wraz z butelkami tak, aby tylko twarz i usta były swobodne i wyniosłem dziecko na powietrze. Po upływie 20 minut twarz zarumieniła się, wargi zaczerwieniły się, wystąpił pot, oddech coraz stał się swobodniejszy i wreszcie nastąpił spokojny sen. W takim stanie przetrzymałem małego pacjenta przez 2 godziny, poczem z powrotem wniesiono go do mieszkania i po wytarciu potu przebrano i ułożono do łóżka. Dziecko czuło się dobrze i dalsza pomoc okazała się zbędną.

Oczywiście, że jak w przypadkach dyfteryjnej stenozy, tak samo w przypadkach różnej postaci stenozy, wielką rolę odgrywa ustrój konstytucjalny

---

*) Autorowi, prawdopodobnie, zależy na działaniu chłodnego powietrza. Przypisek Wajnapla.

pacjenta (opisany przezemnie pod tytułem „Herpetyzmie" w Przeglądzie Felczerskim Nr. 6 z 1923 r.) i zależnie od tego należy indywidualizować stosownie do wymienionych środków uspakajających. Naogół we wszystkich przypadkach stenozy mamy do czynienia z przekrwieniem naczyń błon śluzowych górnego odcinka dróg oddechowych, wskutek czego następuje nadmierne wydzielenie się śluzu, inflitraty i wreszcie typowa stenoza i jej powikłania.

Wpływ owijania w gorące butelki polega na tem, że naczynia krwionośne skóry rozszerzają się, zimne zaś pewietrze, którem pacjent oddycha, będąc na powietrzu, przyczynia się do zwężenia naczyń dróg oddechowych. A więc mamy obraz taki: w drogach oddechowych parcie krwi znacznie się zmniejsza, więc i wszelkie objawy zapaleń i infiltratów również się zmniejszają, natomiast parcie krwi jest zwiększone w naczyniach skóry wskutek ogrzania, co ujemnie na pacjenta wpłynąć nie może. Na podstawie doświadczeń gorąco zalecam Szanownym Kolegom stosowanie opisanej metody, gdyż nie może być umowy o jakiejkolwiek szkodliwości tego zabiegu, natomiast może w wielu przypadkach uratować życie pacjenta.

Felczer Jerzy Wajnapel.

Nalewka jodowa przy nadmiernym poceniu się stóp.

Pod powyższym tytułem D-r M. Andruszewski, ordynator kliniki dermatologicznej Uniw. J. K. we Lwowie, pomieścił w dodatku „Praktyka lekarska" (do „Polskiej Gazety Lekarskiej" № 9) artykuł, który sądzimy, zainteresuje Sz. Kolegów, a który pozwalamy sobie, ze względu na jego zwięzłą treść, powtórzyć in extenso:

„Przyczyn zjawiska nadmiernych potów miejscowych szukać należy nie w skórze, lecz raczej w ustroju. Są one z pewnością ogólne a nie miejscowe i widoczne w bardzo znacznym stopniu uzależnione od czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem".

Z tem zdaniem R. Bernhardta (Chor. skóry str. 138) zgodzi się z pewnością każdy z tem jednak zastrzeżeniem, że i zewnętrznym warunkom miejscowym przypisać niejednokrotnie trzeba rolę główną w wywoływaniu i trwaniu tego schorzenia. W przeciwnym bowiem razie trudno byłoby wpływać środkami zewnętrznemi, miejscowemi. a leczenie zawsze musiałoby być także i ogólne. Tymczasem o ile trudne jest usunięcie nadmiernych potów rąk, pach, lub okolicy pachwin i o ile zdaje się być istotnie zawsze w związku z zaburzeniami unerwienia w gruczołach potowych, zależnemi przypuszczalnie od dysfunkcji gruczołów dokrewnych, o tyle

łatwo niejednokrotnie udaje się nam opanować i usunąć zupełnie pocenie w zakresie stóp. Sądzę, iż to schorzenie w bardzo znacznej ilości przypadków wywołane jest nieodpowiedniem ubraniem stóp; nietylko samem nieodpowiedniem ciasnem obuwiem ale i ciasnemi skarpetkami. Te mechaniczne czynniki, powodując nawet ogólnie znane zniekształcenia palców u nóg i całych stóp wywołują w pierwszym rzędzie utrudnienie ulatniania się normalnej wydzieliny gruczołów, dalej macerację naskórka, pęcherze, przeczosy bolesne z całym obrazem klinicznym tak przykrego dla chorych cierpienia, połączonego zwykle z cuchnieniem (bromidrosis).

W schorzeniu tem znakomite oddaje usługi zwykła (10%) nalewka jodowa (Tinct. jodi) i to często już po jednorazowem użyciu.

Stopy należy w dobrze ciepłej kąpieli dokładnie oczyścić; po umyciu mydłem i dokładnem osuszeniu posmarować zapomocą wacika na patyczku nalewką jodową wszystkie miejsca zaznaczone białą barwą zmacerowanego naskórka, więc dolne, boczne (ale i górne) powierzchnie palców, przednią część podeszwy i piętę (dość obficie aż do ciemno-brunatnego zabarwienia skóry). Po obeschnięciu (1—2 minut) wetrzeć w skórę maść borową z woskiem*), poczem zaraz wdziać można skarpetki. Już jednorazowy taki zabieg usuwa przykry zapach i bardzo znacznie zmniejsza wydzielanie potu. Powtórzenie go po 8—10 dniach zwykle usuwa cierpienie na czas dłuższy, tak, iż wystarcza potem, raz na kilka miesięcy lub raz na rok zastosować jodynę by uwolnić chorego na stałe od jego schorzenia.

Nalewka jodowa zastosowana nawet na bardzo zmacerowany naskórek nie wywołuje pieczenia. W razie istnienia powikłań w postaci pęcherzy, (które należy ponacinać), otarć i przeczosów trzeba przez kilka dni smarować stopy samą tylko maścią borową, a dopiero po ustąpieniu tych objawów użyć nalewki jodowej.

Preparaty formalinowe stosowane w używanych zgęszczeniach (1%-wy rozczyn wodny lub wyżej procentowe maści) sprawiają zwykle znaczniejsze niż nalewka jodowa pieczenie, a co ważniejsze nie dają ani tak szybkich ani tak trwałych wyników. Natomiast nierozpuszczona czysta formalina znakomicie nadaje się do odwaniania obuwia. Kilka (3—5) kropli na wewnętrzną stronę podeszwy usuwa prawie zupełnie przenikliwy niemiły zapach.

---

*) Acid. boryci, Glicerinis aa 5,0 Cerae flarae, paraff. liquid aa 10. Vaselini fl. 25,0 M. f. l. a, ung.

Maść ta o przyjemnym zapachu wosku, wcierana w stopy po kąpieli utrzymu skórę w stanie stałej sprężystości i miękkości i bardzo znacznie ułatwia należyte utrzymanie paznokci, a że nie zawiera tłuszczu, nie ulega zupełnie zepsuciu.

Nalewkę jodową stosuję u chorych od szeregu lat, bo od czasu podania tego środka przez Gerdeck'a (D. M. W. 1918 № 24) zawsze z najlepszym skutkiem. Poleca ją także Seifert (Würzburg) w D. M. W. 1926 № 34 przyczem zaznacza również wyższość nalewki jodowej nad preparatami formalinowemi.

Zjazd Felczerów-kolejowców.

Dnia 3 kwietnia r. b. w sali Zjednoczenia Zawodowego Polskiego (Z. Z. P.) przy ulicy Jerozolimskiej Nr. 101 odbył się Zjazd Felczerów-Kolejowców.

Ściśle mówiąc nie był to Zjazd w całem słowa tego znaczeniu, jeno ogólne roczne zebranie kolegów kolejowców zapisanych do Sekcji Felczerów Z. Z. P.

Na zebranie to zjechało się około 50 kolegów wszystkich Dyrekcji. Zebraniu przewodniczył kol. Duńczyk z Sosnowca, na sekretarza powołano kol. Kozłowskiego z Mińska Mazow. Wybory na członków Zarządu Sekcji F-rów Z. Z. P. dały wynik następujący: kol. kol. Krawczyk gł. 37, Chojnowski — 33. Gabryelski — 32. Magajewski — 29. Jakimiński — 28. Witomski — 24. Kozłowski — 21. Kamiński — 19 głosów.

Nowoobrany Zarząd podzielił między sobą następujące mandaty: Chojnowski—prezes, Gabryelski—vice prezes, członkowie Zarządu: Jakimiński i Witomski, wreszcie sekretarz—Krawczyk.

W omawianej na Zjeździe sprawie przyłączenia się do Centralnego Związku Felczerów otrzymaliśmy od kol. Duńczyka artykuł dyskusyjny, który poniżej przytaczamy:

* * *

Zjazd felczerów sekcji przy Z. Z. P. naogół nie czynił dodatniego wrażenia. Stałe przemawianie trzech delegatów nader pesymistycznie uspasabiało ogół.

W kolejnictwie stosunek lekarzy do felczerów nie jest tak rozpaczliwy jak nam przedstawiali mówcy, kierujący się być może z osobistych nieporozumień.

Że stosunek nie jest tak złym jak nam przedstawiono, dowodzi niedawny zjazd lekarzy kolejowych na którym wszyscy obecni wypowiedzieli się za utrzymaniem felczerów w dotychczasowej formie.

Obsadzanie stanowisk po zmarłych lub emerytowanych felczerach lekarzami kontraktowemi jest wbrew życzeniom lekarzy oddziałowych i może się to odbyć na drugorzędnych stanowiskach. Jeśli jest taka tendencja, czyni się to jak wyjaśnił kol. Frejlich ze względów oszczędnościowych, nakazem z góry, przeciw któremu lekarze są bezsilni. Przewiduje się wszak redukcje 25% lekarzy. Należy dodać, że lekarz kontraktowy na posterunku o nikłej

frekwencji chorych opłacany jest od 100 do 250 zł. miesięcznie, gdy felczer z różnemi dodatkami kosztuje kolej około 400 zł. Sądzę, że byłoby dla nas bardziej przykrem gdyby stanowiska felczerów zamiast lekarzami obsadzano mniej wykwalifikowaną służbą pielęgniarską.

* * *

Punkt 5 dotyczący ściślejszego połączenia się z Centralnym Związkiem Felczerów nie był należycie omówiony. Nieco bezładna krytyka Z. Z. P. i C. Z. F. przez paru mówców, niemniej z powodu nieobecności przedstawiciela Z.Z.P. i spóźnionej pory punkt ten nie dał się ująć w rzeczone formy dyskusji i konkretnyeh wniosków nie wyniesiono.

Gorzkie wymówki przedstawiciela C. Z. F. kol. Salamona oraz kol. Galuby, streszczające działalność i zabiegi, oraz apel o konieczności należenia do C. Z. F. wszystkich felczerów przyjęte zostało z wielkim uznaniem, ale zasadniczo — sprawy nie rozwiązało.

Sprawa rozbieżności przez należenie felczerów do różnych ugrupowań społecznych ma swoje uzasadnienie, które, dałoby się streścić jak następuje:

Nietylko zawód nasz ale wszystkie u nas związki a nawet każdy naród dzieli się na różne ugrupowania społeczne i polityczne. Jednak gdy się rozchodzi o obronę wszyscy się jednoczą dla odparowania grożącego niebezpieczeństwa. W zawodzie naszym pod względem sympatji i przekonań dzieje się to samo. Tego objawu potępiać nie można — byłobv to bezczelnem i niepożądanem w obecnych warunkach.

Jako pracownicy zawodowi, służymy swoją pracą i wiedzą nie poszczególnym ugrupowaniom ale całemu ogółowi, bez względu na sympatję i antypatję, dla tego też pożądanem jest abyśmy posiadali obrońców we wszystkich sferach społeczeństwa.

Nie można odmówić pewnych zasług kolegom z różnych stronnictw, którzy przyczynili się do wyświetlenia naszych obowiązków w stosunku do społeczeństwa.

Istniejąca Sekcja pod protektoratem zawodowego związku polskiego, winna stać ,na zajętym stanowisku, oczywiście, o ile w dalszym ciągu będziemy darzeni zrozumianą obroną. Nie powinniśmy wszakże zapominać o naszej Centrali utworzonej—utworzonej przez nas samych — która wszystkich jednoczy. Kwestja ta nie wymaga obrony, sprawy nasze o wiele lepiej by mogły być bronione gdyby wszystkie. sekcje działające obecnie odrębnie stanowili składową część C. Z. F., chociażby na zasadach autonomicznych. Finansowo wzmocniłyby naszą Centralę i sądzę, że czy wcześniej czy później powinno to nastąpić.

Duńczyk.

FELCZERZY W KASIE CHORYCH M. ST. WARSZAWY.

Wydrukowany preliminarz budżetowy Kasy Chorych m. st. Warszawy na rok 1927 zawiera również wykaz personalny działu lekarskiego. Etaty felczerskie w Warszawskiej Kasie Chorych są następujące:

w przychodni przy ul. Marjańskiej

2 felczerów — ktg. VIII
1 „ „ IX

w Oddziale II na Solcu

2 felczerów — ktg. VIII
1 „ „ IX

w przychodni przy ul. Mławskiej

1 felczer — ktg. VIII-a
1 „ „ IX

w przychodni na Kaskadzie

2 felczerów — ktg. VIII

w Oddziale IV przy ul. Puławskiej

1 felczer — ktg. VIII

w Oddziale IV przy ul. Grójeckiej

1 felczer — ktg. IX

w Oddziale IV — Śniadeckich

2 felczerów — ktg. VIII

w Dzielnicy V — Wolska

1 felczer — ktg. VIII
1 „ „ IX

w Dzielnicy V — Żytnia

2 felczerów — ktg. VIII
2 „ „ IX

w Oddziale V-a — Leszno

1 felczer . — ktg. VIII
2 felczerów „ IX

w Oddziale V — Dzika

1 felczer — ktg. XI

w dzielnicy VI — Jagiellońska

1 felczer . — ktg. VIII
2 felczerów „ IX

w dzielnicy VI — Grochów

1 felczer — ktg. VIII

w dzielnicy VI-a — Pelcowizna

1 felczer — ktg. VIII

w Ambulatorjach fabrycznych

7 felczerów — ktg. . VIII
4 „ „ 1/2 IX
4 „ „ IX
4 „ „ 1/2 IX
2 „ „ X
6 „ „ 1/2 X
1 „ „ XII

w Zakładzie Helio-Termoterapeutycznym (Jagiellońska)

2 felczerów — ktg. IX

w Zakładzie Ortopedycznym (przy ul. Jagiellońskiej)

1 felczer — ktg. IX

w szpitalu Kasy Chorych

1 felczer — ktg. IX

Razem felczerów w Kasie Chorych winno być 63.

Ciekawi jesteśmy ile osób z tych, które zajmują powyższe etaty, posiada dyplomy felczerskie?

RUCH ZWIĄZKOWY.

Oddział w Wilnie

donosi nam, że na skutek starań Zarządu tamt. Oddziału za nielegalną praktykę felczerską w pow. Baranowickim ukarani zostali przez Lekarza Powiatowego Starostwa Baranowickiego niejacy pp. A. Kuczyński i A. Polak.

Ulgi w uzdrowiskach.

Otrzymaliśmy ulgi w następujących uzdrowiskach: w Rabce — 50%, w Szczawnicy — 25% i w Truskawcu — ulgi indywidualne w sezonie od 1.IX do 15.X.

Wydawca: Zarząd Główny C. Z. F. R. P. — Warszawa. Redaktor: Aleksander Krawczyk.